

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r e d p ł a t y :

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

**TREŚĆ:** Kazuistyka. Przypadek tętniaka aorty. Sostrzegął i opisał dr. A. Sokołowski z Görbersdorfu. (Dokończenie). — Spostrzeżenia z praktyki na wsi. Spisał i podał dr. St. MARKIEWICZ, z Soczewki. I. Przypadek padaczki. II. Rana darta głowy. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrządów całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. FÖRSTER'A. Podał w streszczeniu dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy). — Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. J. W. (c. d.) — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Przyczynek do patologii nalógowego używania morfiny. Pieniądze jako przenośnik zarazy ospowej. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Wyciąg z wykazu tygodniowego ruchu ludności miasta Warszawy i innych miast za 11-ty i 12-ty tydzień r. b.

### K A Z U I S T Y K A.

#### Przypadek tętniaka aorty (*aneurysma aortae*).

Spostrzegął i opisał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Görbersdorffie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 15).

Teraz niech mi wolno będzie przedstawić krążenie krwi we wnętrzu samego tętniaka, pomiędzy jego skrzepami. Główny strumień krwi kierował się od otworu aortalnego odrazu naprawo poza tętnicą płucną, i dochodził aż do prawego brzegu tętniaka. Po prawej, gładkiej i cienkiej ściance tętniaka wznosił się ku górze, a oddzieliwszy strumień krwi dla pnia bezimiennego, dosięgł najwyższego punktu worka, następnie oblewał skrzep wiszący w jego łożysku, i po lewej ściance worka spadał ku dołowi i tyłowi, gdzie znajdował wejście do aorty piersiowej. Koryto tego strumienia na prawej ściance tętniaka było utworzone z jednej strony przez worek, z drugiej, a mianowicie ze strony jamy tętniaka, przez dwa skrzepy: skrzep ścianki tylnej, i takież przedniej, które dotykając się swemi ku sobie skierowanymi wypukłościami, prawie całkowicie to łożysko krwi od pozostałej jamy oddzielały.

Zdanie to opieram najprzód na anatomicznej podstawie, aorta bowiem z samego początku zwracała się na prawo, zatem cały pęd krwi zwrócony był w tę stronę, a powtóre na tym fakcie, że właśnie prawa ścianka worka była najcieńszą, widocznie wypchniętą pod wpływem nacisku, i zupełnie wolną od skrzepów, które grubszą lub cieńszą warstwą pokrywały wszystkie inne ścianki worka. Zresztą, ściśle mówiąc, jama istniała tylko w prawej części tętniaka tam, gdzie ścianka jego nie po-

siadała skrzepów; co do reszty wnętrza, to takowe prawie całkowicie było wypełnione skrzepami do siebie przylegającymi, pomiędzy którymi tylko wąziutkie istniały szczeliny, w które naturalnie krew musiała przenikać, zważywszy, pod jakim ciśnieniem znajduje się tuż po wyjściu z serca.

W przypadku więc powyższym, jak nas szczegółowy opis anatomopatologiczny przekonał, mieliśmy do czynienia z olbrzymim tętniakiem aorty wstępującej, łuku i części aorty zstępującej. Worek tętniaka znacznych rozmiarów był prawie w zupełności wypełniony skrzepami bardzo dawnego pochodzenia: niektóre z nich przedstawiały twardość chrząstkową, obok tego serce było bardzo nieznacznie powiększone.

Tym to okolicznościom głównie przypisać należy niezwykle trudności jakie przedstawiało za życia należyte rozpoznanie choroby, nawet przez niezmiernie biegłych dyagnostyków, jak np. SKODA, o czem wyżej wspomniałem. Nader powolnemu rozwojowi tętniaka musiały towarzyszyć takie okoliczności (prawdopodobnie zaś owrzdzenia miażdżycowe znajdujące się pierwotnie na jego ścianie wewnętrznej), że ręka w rękę z rozwojem jego postępowało powolne odkładanie się i następne ztwardnienie skrzepów krwi; tym sposobem kiedy poraż pierwszy t. j. przed laty 13 lekarz badający wykrył istnienie guza w śródpiersiu, wówczas worek tętniaka musiał być już zupełnie wypełnionym owym skrzepem; wówczas również już brakło wszelkich zazwyczaj spostrzeganych objawów fizykalnych, towarzyszących większym tętniakom aorty piersiowej (szmery, unoszenie częściowe klatki piersiowej, opóźnienie tętna w tętnicach obwodowych i t. p.). Obraz ten kliniczny pozostał od owego czasu do chwili śmierci chorego niezmiennym, gdyż rzeczywiście klinicznie mieliśmy tylko objawy znacznego guza w śródpiersiu, gdy wskutek zapchania zawartości worka tętniakowego skrzepami, krew przyływając z lewej komórki sercowej nie tylko, że nie wchodziła w rozszerzone, lecz przeciwnie w nieco stosunkowo zwężone łożysko; ztąd wynikał naturalny brak tak zwanych przy rozpoznawaniu tętniaka fizykalnych objawów: jak wstrząsanie częściowe skurczowe klatki piersiowej, opóźnienie tętna w tętnicach nieco oddalonych od serca, szmer tętniaka i t. p.

Również na uwagę zasługuje przyczynowość tego tętniaka. Wywiady nie wykazały nam żadnej jasnej przyczyny. Badanie pośmiertne wyżej opisane wykazało, że obok tętniaka, ścianki tegoż jako też cała aorta piersiowa usiane były wyspami skostniałymi lub zchrząstniałymi sprawy miażdżycowej, obok tego aorta wstępująca poniżej wyjścia tętniaka była znacznie zwężona przez rodzaj chrząstkowatej półksiężycowej fałdki. Wodle więc wszelkiego prawdopodobieństwa, istotną przyczyną tętniaka była sprawa miażdżycowa aorty, która spowodowała nie tylko utratę sprężystości ścianek lecz jednocześnie i zwężenie aorty. Te dwie przyczyny były dostateczne do wywołania powstania tętniaka. Na uwagę jednak zasługuje ta okoliczność, że tak rozległa sprawa miażdżycowa aorty przebiegała bez najmniejszych podmiotowych objawów dla chorego, jak to

bowiem wspomniałem w wywiadach, chory do chwili pierwszej duszności; nie tylko że żadnej ważniejszej choroby nie przechodził, ale nawet nigdy przechodnio, nic mu nie dolegało. Obok tego również zasługuje na uwagę wiek bardzo wczesny, w którym owa sprawa miażdżycowa u chorego wystąpiła. W chwili bowiem kiedy po raz pierwszy tętniak został rozpoznany, chory liczył niespełna lat 30; sprawa ta jednak prawdopodobnie kilkoma laty wcześniej się rozpoczęła; o ile zaś znane opisy anatomiczno-patologiczne nas przekonywają, tak rozprzestrzeniona sprawa miażdżycowa między rokiem 20 a 30-ym życia jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem.

Również zasługującym na uwagę w danym przypadku jest długotrwały przebieg cierpienia. Jako bowiem wyżej wielokrotnie wspominałem, już w roku 1864 t. j. przed trzynastu laty lekarz badający wykrył objawy guza w śródpiersiu tej samej wielkości, jaka pozostała do samego zejścia śmiertelnego; trudno zaś przypuścić aby tętniak tak olbrzymi powstał w krótkim przeciągu czasu, tem bardziej, że już wówczas musiał być on zupełnie wypełniony skrzepami, o czem świadczył najlepiej brak wszelkich objawów przemawiających za tętniakiem. Lata więc całe musiały upłynąć zanim on się wytworzył, tembardziej, że jak to wyżej wspominałem prawdopodobnie przyczyną jego była sprawa przewlekle przebiegająca: miażdżycowa ścianki wewnętrznej aorty, która w następstwie nie tylko wytworzyła zupełne niemal zwyrodnienie tejże ścianki, lecz jednocześnie wyżej wzmiankowane zwężenie aorty. Sądzę więc, że śmiało przyjąć można, że w danym przypadku cierpienie trwało przeszło lat piętnaście, co w każdym razie należy do rzadkości, na 30 bowiem przypadków tętniaka aorty piersiowej szczegółowo zestawionych przez LEBERT'A <sup>1)</sup> przebieg cierpienia wynosił od  $\frac{1}{2}$  do 4 lat, przeciętnie  $1\frac{1}{4}$  lat. Tembardziej długotrwały ten przebieg zasługuje na uwagę, że jak słusznie QUINCKE <sup>2)</sup> utrzymuje, u osobników młodych, posiadających jeszcze silną czynność serca, cierpienie to prawdopodobnie przybiera skłonność do szybszego przebiegu. Długotrwały przebieg w danym przypadku jedynie wyjaśnić sobie można istniejącą skłonnością do wytwarzania ścisłych w worku tętniaka skrzepów, które powoli ulegając przemianom wytworzyły wreszcie zbitą chrząstkowatą masę i zmieniły do tego stopnia światło worka tętniakowego, że krew idąca z aorty, właściwie mówiąc, wpływała nie w rozszerzone, lecz w nieco zwężone światło; tym sposobem, uniemożliwiano się dalsze rozszerzenie worka, któreby doprowadziło niewątpliwie do pęknięcia tegoż.

W ten sposób przychodzi do skutku tak zwane samodzielne wyleczenie tętniaków, i nasz przypadek był na tej drodze; tylko zboczenia wywołane w sąsiednich narządach (ucisk tchawicy) przeszkodziły w dojsciu do tego pożądanego celu i sprowadziły zejście śmiertelne.

Objąwszy raz jeszcze myślą cały przebieg choroby, zastanówmy się

<sup>1)</sup> LEBERT: *Krankheiten der Gefäße* w VIRCHOW'A Szczegółowej Patologii.

<sup>2)</sup> QUINCKE: *Krankheiten der Arterien* w ZIEMSEN'A Szczegółowej Patologii. T. VI.

czyby nie można z niego wyprowadzić jakich wniosków praktycznych pod względem dyjetetycznego i leczniczego traktowania tętniaka w ogóle. A naprzód: jaki był rodzaj życia chorego, który mu pozwolił przeżyć jako tako, a chwilami nawet bez żadnych cierpień, przez lat 15 z takim olbrzymim guzem w klatce piersiowej, uciskającym najważniejsze narządy oddychania i krążenia? Nazywam guz olbrzymim, ponieważ w ciągu lat kilku od początku spostrzegania choroby dosięgnął on takiej wielkości i następnie już bardzo mało się powiększał. Chory zawsze pozostawał w dobrych warunkach higienicznych: miał wszystkie wygody życia przy znacznej pracy umysłowej. Noce nawet często przepędzał bezsenno do późna w gronie przyjaciół, grywając po 5—6 godzin w karty, przyczem się nie obeszło bez wypicia kilku kieliszków wina. Pod względem pożywienia — zawsze przekładał pokarmy mięsne, silnie pożywne. Ruchu używał umiarkowanie. Wychodząc z zasady, że w danym przypadku ciągle podejrzewano jakiś nowotwór podejrzanej przyrody, dyjeta odżywcza była zawsze choremu zalecaną. Przychodzące od czasu do czasu napady duszności, usuwano w ciągu doby najczęściej zastosowaniem na klatkę piersiową odciągnięcia krwi zapomocą gorczyczników i baniek suchych. Okłady lodowe dopiero wtedy były stosowane, gdy napady stawały się częstszymi i kojarzyły się z silnym bólem między łopatkami, dozwalającym choremu chodzić jedynie w postawie zgarbionej. Przy bezsenności, zupełnie wystarczał chloral. Zdarzało się nieraz, że przy silnej duszności po zadaniu chloralu, gdy się chory przez kilka godzin przespał, duszność zupełnie ustępowała. Środki czyszczące, które z początku na ogólnych zasadach i stosując się do rady OPPOLZER'A stosowane były, musiały następnie zupełnie być odsuniętymi, wywoływały bowiem znaczny upadek sił i przedłużały wyraźnie wyzdrowienie po napadach. Ale za to najkorzystniej wpływały na chorego, górskie powietrze i podróże letnie. Chory wyjeżdżał do Reinerz, Reichenhallu lub Gleichenberga, i zwykle po upływie kilku tygodni pobytu w tych miejscowościach znacznie się poprawiał. Po takiej podróży wracał zwykle dobrze odżywionym, silnym, ze zdrową cerą i przybytkiem kilkunastu funtów wagi. Napady duszności wtedy po kilka miesięcy nie przychodziły. Słowem widocznymi były dobroczynne skutki górskiego powietrza i dobrego odżywiania. Chory do ostatnich chwil życia prawie, odbywał podróże bez szkody dla swego zdrowia. Ostatnim razem nawet w napadzie nadzwyczajnej duszności, odbył jednym ciągiem podróż z Warszawy do Wrocławia. Przybył tam daleko spokojniejszy, i miał następnie noc wcale spokojną, jako też i dzień następny. Tego nie można inaczej objaśnić, jak tylko ożywym wpływem świeżego powietrza i właściwością tętniaka, który nie przedstawiał żadnej możliwości pęknięcia, będąc napełnionym skrzepami wyżej opisanymi.

Ostatecznie do tego przychodzimy wniosku, że dyjeta pożywna, świeże powietrze, w ogóle dobre warunki higieniczne, obszernie zastosowane dopomagają tworzeniu się skrzepów w tętniaku i przy możliwym zbiegu

okoliczności mogą nawet sprowadzić zupełnie ich w ten sposób wyleczenie, możliwe rzeczywiście jedynie na tej drodze. Tymczasem zalecane powszechnie zachowywanie się dyjetetyczne, unikanie pokarmów mięsnych, środki przeczyszczające zubożają krew, a przez to wywołują łatwość przesięków i doprowadzają chorego do charłactwa, w którym kończy życie, najczęściej w skutek obrzęku płuc, jeżeli nie w następstwie pęknięcia tętniaka, przyspieszonego brakiem odżywiania i zanikiem ścian worka tętniakowego.

### Spostrzeżenia z praktyki na wsi.

Spisał i podał St. **Markiewicz**, z Soczewki.

**I. Przypadek padaczki (epilepsia).** Bła s z c z y k, 17 letni syn zdrowych rodziców, prawidłowej bardzo, silnej budowy ciała, miewał od dzieciństwa bardzo częste napady padaczki. Od lat 3 zajęty był jako fernal przy wołach. Od tego też prawie czasu używał regularnie z małymi przerwami bromku potasu (*kali bromatum*). Pod wpływem lekarstwa napady dawniej co parę dni, czasami po dwa razy na dobę przychodzące, stały się znacznie rzadszemi: nieraz po kilka tygodni bez napadu upływało. Ogólny stan zdrowia wyborny, siły i budowa ciała nad wiek rozwinięte. Z początkiem jesieni r. z. (1876) Bła s z c z y k został przeznaczony do b a r d z o ciężkiej roboty (dźwiganie buraków z berlinki na ląd). Zaraz w pierwszych dniach po rozpoczęciu tej roboty Bł. miał w nocy dwa napady padaczkowe, po których pozostało silne odurzenie, twarz czerwona, mocny ból głowy. Postawiono 10 pijawek, zalecono odpoczynek i używanie nadal bromku potasu. Mimo ostrzeżeń po dniach kilku Bł. powrócił do swego ciężkiego zajęcia. Napady bezwzględnie się powtórzyły zaczęły powracać co kilkanaście godzin, a wreszcie co kilka godzin bez względu na bromek potasu i na podawany później chlorał. Przerwy między napadami coraz krótsze, przytomność podczas przerwy niezupełna. Po 8 dniach takiego stanu, bez znacznego podniesienia ciepłoty ciała i bez wyraźnych zmian w przyrządach oddychania, krążenia, trawienia i t. d. chory zmarł przy objawach obrzęku płuc.

Spostrzeżenie niniejsze, bardzo niedokładne, uważam jednak za dosyć ważne pod względem *causae occasionalis*, która wpłynęła na pogorszenie stanu chorego, będącego od lat kilku w stosunkowo dobrym stanie i oddziałującego w pożądanym sposobie na środki lekarskie, a w szczególności na bromek potasu.

**II. Rana darta głowy.** K r y s i a k, chłopiec 14-to letni, uciekając chyłkiem pod pochyłemi belkami poddasza, uderzył w pędzie głową o sterzącą poziomo w jednej belce śrubę tępo zakończoną; w skutek czego nastąpiło rozdarcie powłok czaszki na znacznej przestrzeni. Skóra i czepeczki ścięgniste (*galea aponeurotica*) zostały oddarte, tak, że brzeg utworzonego płata przedstawiał kąt zaokrąglony, wierzchołkiem ku przodowi obrócony. Od wierzchołka przypadającego prawie na środku okolicy ciemieniowej pra-

wej, brzeg płata szedł po stronie prawej ku okolicy skroniowej i zwracał się ku tyłowi dochodząc do szwu obrębkowego (*sutura lambdoidea*); po stronie zaś lewej szedł również ku tyłowi dochodząc do guza ciemieniowego lewego. Długość wolnego brzegu oddartego płata wynosiła 5 cali przeszło. Palec dawał się swobodnie wprowadzić na 2½ cala pod płat. Brzeg wolny płata prawie zupełnie równy, jakby narzędziem ostrem ukosnie tnącym wycięty. Krwotok ogromny, długo trwający. Chłopiec ani na chwilę przytomności nie stracił i sam przeszedł kilkaset kroków do lekarza. Po ogoleniu głowy i zatamowaniu krwawienia, zbliżono brzegi rany w 4 miejscach szpilkami, i zalecono zimne okłady. Po 24 godzinach żadnego odczynu gorączkowego. Z powodu znacznego nagromadzenia się skrzepów krwi w najdalej oddartem miejscu i pochodzącego ztąd obrzmienia okolicy ciemieniowej i skroniowej prawej, szpilkę jedną w tem miejscu wyjęto. Po 48 godzinach przy nagłym poruszeniu się chorego, który wcale nie gorączkował, nastąpił krwotok tętniczy z średniego kalibru gałązki w przyrośniętym brzegu rany. Nacisk palcem przez godzin kilka. W 3-ej dobie krwotok się nie powtórzył, obrzemiecie prawie znikło; z pod całego płata wydobywała się znaczna ilość rozpadających części tkaninowych zmieszanych z ropą; wszystkie szpilki wyjęto, opatrunek oliwą karbolową i watą opatrunkową. W ciągu 4 i 5 doby ilość wydzielającej się ropy dosyć znaczna, odczynu niebyło wcale. W ciągu 6-go i następnym dni wydzielina szybko się zmniejszała a przyrastanie płata na całej powierzchni postępowało. Po dniach 10 przyrośnięcie płata zupełnie, pozostała tylko do zagojenia dosyć wązka przestrzeń pomiędzy brzegiem płata a przyrośniętym brzegiem rany, dobrze brodawkująca. Ogólny stan sił i zdrowia zupełnie dobry; w 3 tygodnie po skaleczeniu zabliznienie zupełnie. Ze względu na rodzaj obrażenia i na znaczną przestrzeń jaką zajęło, uważam przebieg tego przypadku jako wyjątkowo pomyślny.

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym.

Podał St. Kościński.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 11, 14 i 15).

Obrażeniowe uszkodzenia rdzenia kręgowego i inne przewlekłe jego choroby, mogą także pociągać za sobą zmiany w źrenicy i siatkówce. Zrenice się zwężają, zwężone nie oddziałują na światło, ale ściągają się jeszcze przy nateżaniu siły nastawczej. Wziernik wykrywa mocne zaczerwienienie tarczy wzrokowej, której granice są zatarte, przyczem żyły są rozszerzone i nieco wężykowate, tętnice mniej wyraźne. Stan taki trwa dosyć długo, powoli zupełnie ustępuje, nigdy nie przechodzi w zanik. Im rdzeń w wyższym został uszkodzony miejscu, tem zaburzenia w przyrządzie wzrokowym są wcześniejsze. ALBUTT wyprowadza je z następowego podostrego zapalenia osłon mózgowych na podstawie czaszki (co niejednokrot-

nie stwierdziły badania pośmiertne) i przemawia przeciw przypuszczeniu WILARTON'A i JANES'A, który chorobne objawy oka przy uszkodzeniu rdzenia kręgowego, uważa za następstwo zaburzenia w nerwie spółczulnym, a mianowicie porażenia nerwów naczynio-ruchowych.

Ważny objaw pod względem rozpoznawczym stanowi zachowanie się źrenic przy chorobach nerwu spółczulnego szyjowego. Niejednokrotnie już przy mięsakach, rakach, bliznach na szyi, uciskających nerw spółczulny spostrzegano zwężenie źrenicy odpowiedniej strony. I znów podrażnienie nerwu spółczulnego w skutku wola, zapalnych guzów nieraz powodowało rozszerzenie źrenicy. Znany jest nawet przypadek (CZERMAK) w którym sam nacisk palcem na nowotwór szyi wywoływał rozszerzenie się źrenicy. Ścisnienie źrenicy przy porażeniu nerwu spółczulnego należy do objawów najstalszych i najdłużej trwających, gdy tymczasem zaburzenia naczynio-ruchowe występują chwilowo i tylko przy pewnych warunkach. Zauważano także, że źrenica odpowiedniej strony zwężała się przy uszkodzeniach postrzałowych części szyjowej nerwu spółczulnego i rdzenia kręgowego.

Źrenica zwężona w następstwie porażenia nerwu spółczulnego mało się ścieśnia pod wpływem światła, również rozszerza się w ciemności mniej od prawidłowej, tak że różnica w wielkości obu źrenic przy słabem oświetleniu staje się jeszcze wyraźniejszą. Źrenica taka rozszerza się pod działaniem atropiny ale mniej od źrenicy strony przeciwnej, przyczem kształt jej zbacza niekiedy od prawidłowego koła.

Porażenie szyjowej części nerwu spółczulnego powoduje i inne zmiany w przyrządzie wzrokowym, które atoli dopiero w późniejszych okresach choroby wybitniejszemi się stają. Już dawno zauważano, że zwężeniu źrenicy towarzyszy często lekkie opadnięcie powieki górnej; HOSNERowi pierwszemu należy się zasługa wykrycia tego objawu w chorobach n. spółczulnego. Tak na górnej jak i na dolnej powiece z tylnych brzegów chrząstek powiekowych wychodzą gładkie włókienka, które ku tyłowi tuż pod spojówką przebiegają. Rzeczzone włókienka mięsne pozostają pod wpływem n. spółczulnego; zadaniem ich jest rozszerzenie szpary powiekowej, jak to stwierdzili R. WAGNER i H. MÜLLER, drażniąc nerw spółczulny u osób ściętych. Porażenie przeto nerwu spółczulnego musi pociągnąć za sobą zwężenie szpary powiekowej w skutku obniżenia powieki górnej a podniesienia dolnej. Zwężenie atoli szpary powiekowej nigdy nie dosięga tak wysokiego stopnia, ażeby źrenica była zupełnie zakryta. Do powyższego stanu wkrótce przyłączają się zaburzenia naczynio-ruchowe. W przebiegu ich HORNER rozróżnia dwa okresy. W pierwszym występuje mocne zaczerwienienie twarzy, podniesiona ciepłota, zwiększone wydzielanie potu; drugi okres cechuje się zjawiskami zależnemi od zaniku tkanek: odpowiednia strona twarzy blada, ciepłota jej niższa, wydzielina potna wstrzymana.

Przy porażeniu nerwu spółczulnego spostrzegano jako objaw niestały, ale częsty, zmniejszenie ciśnienia śródocznego. Oddawna już wiadomo, że po przecięciu nerwu spółczulnego zmniejsza się wewnętrzne napięcie gałki ocznej; atoli dotąd brak dostatecznego wyjaśnienia tego faktu.

Usuwanie się gałki w głąb oczodołu, jakie się zdarza po długotrwałem porażeniu nerwu spółczulnego, jest następstwem powolnego zaniki tkanki łącznej oczodołowej.

W nowszych czasach połowiczny ból głowy (*hemicrania*) uważają za nerwicę naczynio-ruchową, za cierpienie nerwu spółczulnego. Mniemanie to rozpowszechniło się szczególnie od czasu, gdy Du Bois-REYMOND

przy napadach migrenowych krom ściągnięcia się tętnicy skroniowej zauważał na sobie samym także rozszerzenie źrenicy odpowiedniej strony i tej postaci chorobnej nadał nazwę *hemicerania sympathico-tonica*. Skurcz naczyń stanowiłby albo istotę tej postaci nerwobólu, albo jej objaw przeważny. Jednak w wielu razach nie zauważano rozszerzania się źrenicy, ani ściągnięcia tętnicy skroniowej. A nawet MÖLLENDORF przeciwnie, w jednym przypadku połowicznego bólu głowy, oprócz mocniejszego nastrzyknięcia naczyń natwardówkowych (episkleralnych), podczas napadu przekonał się, że i dno oka było więcej zaczerwienionem, względnie do oka strony zdrowej, że tętnica i żyła pośrodkowa siatkówki były więcej krwią wypełnione. MÖLLENDORF sądzi, że ta postać migreny jest następstwem *anenergii* nerwów naczynio-ruchowych zaopatrujących tętnicę szyjową, w skutku czego odnośnie tętnice rozszerzają się, następuje jednostronny nawal krwi tętniczej do mózgu. Ta postać migreny zupełnie przeciwna postaci opisanej przez Du Bois-REYMOND'A, jest następstwem porażenia naczyń; właściwszem dla niej mianem byłoby *hemicerania angio-paralytica* (EULENBURG, GUTTMANN). W ostatniej postaci połowicznego bólu głowy O. BERGER stwierdził zwężenie źrenicy po stronie bolącej. Źrenica ścieśnia się już w samym początku napadu i przez cały czas jego trwania pozostaje zwężoną. Różnica w wielkości źrenic szczególniej wydatnie przy ocienieniu oczu: wówczas źrenica strony zdrowej jest o kilka milimetrów w promiarze większą od źrenicy strony chorej (E. FRÄNKEL). Na światło obie źrenice oddziałują wyraźnie.

Przyrząd wzrokowy niekiedy bywa siedliskiem zaburzeń zależnych wyraźnie od cierpienia nerwu trójdzielnego. Czy jednak ostatecznej przyczyny owych zaburzeń szukać należy w stanie chorobnym włókienek czuciowych nerwu trójdzielnego, czy też w nieprawidłowym stanie włókienek nerwu spółczulnego, które wraz z trójdzielnym do oka wdrażają, dotąd nie rozstrzygnięto. Do rzezonnych chorób przyrządu wzrokowego należą: *ophthalmia neuro-paralytica* i *herpes zoster ophthalmicus*.

Opierając się na faktach klinicznych i doświadczalnych, przypuścić możemy, że w jednych częściach gałki ocznej rozgają się włókienka nerwu spółczulnego, inne zaś są zaopatrywane przez włókienka nerwu trójdzielnego. I tak, przy bezczulności n. trójdzielnego (*anaesthesia trigemini*), spojówka i błona rogowa okazują różny odczyn na bodźce mechaniczne. BÄRWINKEL przytacza przypadek nieczułości wszystkich trzech gałęzi nerwu trójdzielnego, w którym spojówka gałkowa i powiekowa były zupełnie czucia pozbawione, gdy tymczasem przy najmniejszym dotknięciu rogówki powstawały odruchy w powiekach, przyczem B. nie zauważał ani różnicy w wielkości źrenic ani też mocniejszego zaczerwienienia źrenicy po stronie chorej. Podobne przypadki spostrzegali JACCOUD i DIEULAFOY. PANUM, przewiązawszy obie tętnice szyjowe u zwierząt, przekonał się, że spojówka zupełnie utraciła czułość, gdy tymczasem w rogówce ze względu na czucie żadnej zmiany wykryć nie było można. PANUM widzi w tem potwierdzenie teorii BERNARD'A, jakoby rogówka otrzymywała swe nerwy z nerwu spółczulnego, wyraża się atoli przezorniej, mówiąc, że ośrodek nerwowy warunkujący czucie rogówki zachowuje bez przyływu krwi swoją czynność dłużej od ośrodka czuciowego spojówki.

Szybki rozpad rogówki (*keratomalacia*) jaki dość często spotykamy u dzieci słabych po obfitych biegunkach, po durzycy, biegunce krwawej i t. p. niektórzy uważają jako następstwo porażenia nerwów naczyniowych, jako *keratitis neuro-paralytica*. GRAEFE w owrządzeniu rogówki przy chorobie BASEDOW'A widzi także sprawę nerwo-porażeniową, ale sądzi że tu odma-



wiają swej posługi nie czuciowe, ale odżywcze (troficzne) włókienka nerwu trójdzielnego.

Od rzeczonyj postaci rozpadu rogówki, odróżnić należy zapalenie tej błony, jakie się niekiedy zdarza przy zupełnej bezczulości nerwu trójdzielnego. Zdaje się, że występująca przy nieczulości nerwu trójdzielnego powierzchnowa zgorzel tkanki rogówkowej jest pochodzenia czysto obrażeniowego, że tu przy zupełnem zachowaniu czynności nerwów naczynioruchowych brak tylko ochraniającego uczucia bólu. Zabezpieczenie oka od szkodliwych wpływów zewnętrznych, nieraz już wstrzymywało zgubny przebieg podobnego zapalenia rogówki.

Ze półpasiec oczny (*herpes zoster ophthalmicus*) jest następstwem chorobnego stanu zwoju GASSER'A i odżywczych włókienek nerwu trójdzielnego miał sposobność przekonać się WYSS w badaniu pośmiertnem osoby przypadkowo zmarłej, dotkniętej rzeczoną chorobą. I kliniczne objawy, jak podwyższenie ciepłoty na stronie wysypką dotkniętej, znaczne zmniejszenie ciśnienia śródocznego (które niekiedy wyrówna się dopiero w 1½ miesiąca) przemawiają także za tem, że pierwotnej przyczyny półpasca czołowego szukać należy w chorobliwym stanie włókienek spłczulnych wychodzących ze zwoju GASSERA. (D. c. n.)

## ODCINEK.

### Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

(Przyczynek do historii powstania w Hercegowinie).

Podał Dr. W. J.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 11 i 13).

Rozpowszechnione bardzo na wschodzie puszczenie krwi i wyrwanie zębów, pozostające zwykle w rękach publicznych „Berberów” (golarzy) z postępem czasu wytworzyło tak zwanych „Dżarachów”, czyli pomocników lekarskich, których zadaniem jest zajmować się wyłącznie opatrywaniem obrażeń zewnętrznych. Po lekarzu i aptekarzu, „dżarach”, jest trzecią z rzędu osobą w składzie osobowym służby zdrowia w wojsku. Jest to stopień w hierarchii służbowej tureckiej niższy od francuzkiego „*officier de santé*” i niemieckiego „*Wundarzt'a*”, wyższy jednak nieco od wychodzących już dziś z mody dawnych „felcerów”. Dochodzi się zaś doń w sposób następujący: młody chłopak przyjęty jako posługacz sali szpitalnej, po paru latach wycierania się w pracowni i kuchni, zostaje posunięty na pierwszą płatny w swym zawodzie stopień tak zwanego „*Lapadży*” t. j. zastosowującego ciepłe okłady, z których jakością, stopniem ciepłoty i sposobem zastosowania jest obznajmiany; nadto wolno mu podług wskazań ordynującego zajmować się także od czasu do czasu przystawianiem pijawek. Ta ostatnia czynność daje mu już prawo do tytułowania się „*Tymardży*” (od słowa „*Tymar*” oczyszczenie), która to nazwa w dosłownem znaczeniu da się przetłumaczyć, jako dozоровanie czystości bielizny, przeznaczonej do opatrunku chorych. W ciągu tego zajęcia czynniejsi i pracowitsi nabywają znajomości w rozróżnieniu i nakładaniu rozmaitych rodzajów opasek, uciskaczy, narządów do unieruchomienia kończyn, a nawet przyswajają sobie nazwy rozmaitych narzędzi chirurgicznych, których użycie widzą w codziennej praktyce szpitalnej. Pierwszem naturalnie narzędziem dla którego każdy z kandydatów na przyszłego „chirurga wojskowego” ma największą sympatyję, jest bez zaprze-

czenia „puszczadło”; posiadać je, zawsze przechowywać w stosownym pudełku, lub często nawet w wyhaftowanej przyjazną ręką torebce, jest rzeczą najbardziej pożądaną, bo choć na razie nie ma się jeszcze prawa do jego użycia, to jednak samo już posiadanie go uważa się za pewien symbol przyszłego fachowego zajęcia! Podobne przywiązanie do rzeczy małej wartości, wynika prawdopodobnie z powszechnego a dobrze zrozumianego usposobienia ogółu, w którego pojęciach upusty krwi są niezbędnym warunkiem każdego dobrego leczenia. Biada temu lekarzowi który przybywszy na wschód z zasadami oszczędzania krwi, pozostawia jej upusty tylko do pewnych ściśle określonych przypadków, kierując się powszechnie przyjętymi zasadami. Na pierwszym bowiem kroku swego zawodu zostanie powitany zapytaniem: czy umie puszczać krew i czy jej nie oszczędza! Gdy zaś odpowie że stosuje się do zasad wskazanych nauką i że osobiście nie jest wielkim zwolennikiem upustów, natenczas przyszłość jego będzie zawyrokowana: że umrze z głodu, jeżeli nie zaniecha fałszywie wpojonych mu przekonañ!!

Więc też niechęć doznać niepowodzenia na pierwszym kroku praktyki stambulskiej, należy postępować podług przykładów przybywających z Francji, którzy podług wskazań BOUILLAUDA nie pozostawiają puszczadła na stronie. Zarówno też i młodzi kandydaci w szpitalach tureckich, nad niczem tak niepracują jak nad wydoskonaleniem się w puszczeniu krwi, widząc z praktyki innych, że samo to zajęcie może w najostateczniejszym przypadku niepowodzenia dać także sposób do życia w Turcji. Nie studując jednak anatomii, jedynie w sposób mechaniczny nabierają wprawy w otwieraniu żyły i ta mała operacyja, muszę przyznać, że bywa wykonywana z rzadką szybkością i dokładnością. Gdy więc z powyżej wymienionemi wiadomościami obznajmi się nasz „Tymardży”, przystępuje wtedy do złożenia krótkiego egzaminu z odbytej praktyki w szpitalu i po udowodnieniu, że nie stracił na próżno paru lat czasu, bywa promowany na rzeczywistego „Dżaracha” t. j. chirurga, felezera, słowem coś, co odpowiada pomocnikowi lekarza w czynnościach chirurgicznych, z warunkiem, że pozostanie czas jakiś w szpitalu dla nabycia większej jeszcze praktyki w opatrywaniu obrażeń zewnętrznych. Wtedy to właśnie, gdy już władza przyzwoliła mu na ubranie się w uniformową „systre” (turecki surdut), zaczyna się właściwa praca nad zaznajomieniem się z zakresem małej chirurgii. Turek skutkiem wrodzonego usposobienia do wielkiej na wszystko oziębłości, nie widzi w medycynie i aptekarstwie żadnego powabu, ponieważ jak się wyraża, nauki te wymagają mozolnej pracy („czok zachmet”), lecz za to z ogromnym zapalem oddaje się studjum chirurgii, bo go po dziecinnemu bawią często lśniąca narzędzia, przyrządy i maszyny, które zwykł oglądać z prawdziwym zachwytem, wtedy gdy medycyna i aptekarstwo są tylko poprostu przetwarzaniem „otów” (traw) i „madenów” (kruszców). Gdyby więc rząd umiał skorzystać z tych wrodzonych skłonności i przed wprowadzeniem swej młodzieży do szpitali, dał jej najprzód gruntowne elementarne wykształcenie i z takowem dopiero wezwał do szkoły wydziału, wtedy nie wątpię że mogłyby się poszczycić niejednym zręcznym, zdolnym i odważnym chirurgiem, w obszernem tego słowa znaczeniu, nie ograniczając zawodu chętniej młodzieży na znajomości klucza GARANGEOTA, założeniu opaski, stawianiu pijawek i puszczeniu krwi. Odbywające się przy szkole lekarskiej wykłady małej chirurgii dla przygotowujących się do służby zdrowia w wojsku, choć wyłącznie przeznaczone dla młodzieży tureckiej, są jednak tak źle i niedbale prowadzone, że uczeszczający nań nie mogą nie więcej skorzystać, nad to co zwykle wynoszą z paroleniej praktyki szpitalnej. Zresztą wykłady odbywające się w języku tureckim z uwzględnieniem jednak słownictwa francuzkiego, przy braku znajomości czytania,

wprowadzają tylko nieuprawny umysł słuchaczy w nieopisany chaos nazw, których nieprawidłowe wymawianie cechuje odrazu wychowanka szkoły stambulskiej. Wielu jednak, czysto przez osłuchanie się tylko nazw, nabierają dość wprawy w ich wymawianiu i wtedy przyznając sami sobie większą znajomość przedmiotu, tem jedynie starają się współzawodniczyć z pozostałą liczbą kolegów, mniej uzdolnionych do protegowania się nazwami chorób, choć często dokładniej znających uprawiany przedmiot. Ztąd biorą początek dwa rodzaje „*dżarachów*” w Turcyi. Jedni osłuchawszy się w czasie wykładów z nazwą europejską „*chirurgy*”, są pełni przekonania, że i oni nie inaczej powinni być tytułowani, ponieważ i ich zajęciem jest nie co innego jak tylko obsługiwanie chorych z cierpieniami zewnętrznymi, co przy nieoględności lekarza daje im nawet prawo dokonywania pewnych małych rękoczynów! Drudzy skromniejsi, bo może posiadający więcej uzdolnienia do zajęcia się opatrywaniem chorych, są istotną pomocą dla lekarza wojskowego w Turcyi. Co do działalności pierwszych, to były przykłady narażające lekarza na fachowe skompromitowanie się, jako ogólnie odpowiedzialnego za porządek służby w powierzonym mu szpitalu. Lekarz bowiem nieobeznany ze stosunkami miejscowemi, dla świętej zgody ze znalezionym w bataljonie „*dżarachem*” i dla nienaruszenia jego nieuctwa, pozwala mu na swoją rękę wykonywać nałożenie i zdejmowanie opatrunków, otwieranie ropni i t. p. Otóż taki pomocnik nie mający żadnych wiadomości z anatomii, nie wprawy nawet do władania narzędziem chirurgicznym, często posuwa się do czynienia uwag ordynującemu lekarzowi, a nawet bez uprzedzenia, zastosowuje środki lecznicze odpowiednio do własnego poglądu na charakter i stopień cierpienia. Gdyby jeszcze wolno mu było zasilać swą chęć leczenia środkami z apteki, to bezwątpienia w wysokiej swej zarozumiałości taki „*dżarach*” gotów byłby się posunąć do nadużyć, przebaczalnych jedynie z uwzględnieniem braku danych o przedmiocie wiadomości. Lekarstwa wydane z apteki za poprzednim przepisem lekarza, ograniczają bardzo tę turecką namiętność ku samoistnemu działaniu. Lecz za to w puszczeniu krwi i wyrwaniu zębów, *dżaracha* uważającego się za mistrza w swych czynnościach, niepodobna przescignąć. Na wszystkie te stopnie zachcianek swego pomocnika, lekarz małą winien zwracać uwagę, wiele mu bowiem jako Turkowi należy przebaczyć, nie wypuszczając go nigdy z korbów zakreślonych regulaminem służby. Chcąc zaś zyskać sobie jego sympatyję, trzeba mu pokazać jakiś niewidziany dotąd przez niego sposób leczenia, lub zrobić podarek z puszczaadła, a to już będzie dostatecznem dla zdobycia sobie u niego wysokiego stopnia uznania. Przy szpitalach wojskowych w korpusach, rzecz z „*dżarachem*” jest łatwiejszą; tam bowiem bywa ich kilku, a wszystkie pozostają pod nadzorem „*dżarach-baszy*” (pierwszego chirurga) częstokroć osobistości również niezasługującej na żadne uznanie, a tylko wiekiem i czasem służby posuniętej na wyższe nieco stanowisko. Pomimo jednak nazwy chirurga żaden z nich nie ma prawa do uskuteczniania jakichkolwiek operacyj, wykonanie bowiem tych ostatnich, jeżeli tylko zostanie dozwołanem ze strony władzy wojskowej, należy zawsze do lekarza.

Między aptekarzem i *dżarachem* tureckim rzadko istnieje stosunek przyjazny w pożyciu w garnizonach. Jedni drugich tytułując „*zawandży*” lub „*tymardży*” nieprzerwaną prowadzą z sobą walkę, wynikającą już to z zarozumiałości o posiadaniu wyższych zasobów nauki, a częściej i głównie, z powodu nienawiści rodowej. Jak bowiem ormianin nienawidzi greka i wzajemnie, tak znowu turek obu zwykł traktować z największą pogardą; a gdy wypadkiem w jednym i tym samym bataljonie znajdzie się aptekarz grek lub ormianin ze swym kolegą „*dżarachem*” tureckim, to z po-

ciesznych ich rozpraw, zaraz można zdać sobie sprawę, jak mało pojmują właściwą godność swych narodowości. Są to zwykle najzabawniejsze chwile w nudnym życiu garnizonowem, gdy takich dwóch szermierzy zacznie się wzajemnie krytykować. Szkodzi to zwykle obu, mianowicie jeżeli kieliszek nie powrócił czasowej zgody, ponieważ niedowierzający turek zwykł oskarżać aptekarza o frymarczenie lekarstwami. Aptekarz w każdym razie zawsze zręczniejszy, często znajduje możność oszkalowania przed władzą „dżaracha” jako niedbałego w opatrywaniu chorych, sprzedającego skubanę, opaski i t. p. a zatem niewykonywającego uczciwie swej służby! Walki i przesładowania tego rodzaju trwają zwykle bez końca, dopóki przeniesienie do innego garnizonu jednego z zapaśników nie położy tamy wiecznie uwydatniającej się nienawiści. (d. n.)

### Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

#### Przyczynok do patologii nalógowego używania morfiny i ostrego nią zatrucia.

Dr. LEVINSTEIN, który w r. 1875 zwrócił był uwagę na choroby wynikające skutkiem nadmiernego używania morfiny i wykazał w jak przerażający sposób przypadłość ta się szerzy, podaje dalsze swoje w tym względzie spostrzeżenia. Poprzednio jeszcze dowiódł on, że u ludzi nadużywających morfiny, znajdują się w moczu ślady cukru; obecnie twierdzi, że prawie u wszystkich takich chorych mocza zawiera dosyć znaczne ilości białka, i że białkomocz ten, trwa nawet po ustaniu wszystkich innych objawów chorobowych. Większość chorych, którzy na zatrucie morfinowe w *Maison de Santé* (Schöneberg—Berlin) byli leczeni, miała w moczu białko, które znikало w miarę, jak właściwa choroba ustępowała; u chorych tych nie można było stwierdzić żadnego przewlekłego cierpienia nerek. Dla dostarczenia dowodów, że białkomocz w rzeczy samej jest następstwem zaburzeń, o których mowa, L. otruł 3 psy i 12 królików morfiną; objawy, które przytem spostrzegł, były: u psów ślinienie, ziewanie, wymioty, porażenie tylnych kończyn, głęboki sen; u królików—te same z wyjątkiem wymiotów. Obecność białka w moczu można było wykazać już w skutek wprowadzenia do ustroju dawek, które w 1—6 godzin zwierzę zabijały. Po zadaniu małych dawek (2—3 centgr.) 3 razy dziennie, znajdowano białko w moczu dopiero po 2—3 dniach. Skutkiem śmiertelnych dawek morfiny, prawie zawsze obok białka wykrywano cukier w moczu. Z sześciu królików otrutych morfiną, u pięciu znalazł L. cukromocz. Z czterech opisów chorób, które autor obszernie podaje, widzimy, iż objawami zatrucia, o którym mowa, są: zaburzenia w trawieniu, utrata łaknienia, gorączka, suchość języka, kurcze w mięśniach lydkowych, niemoc płciowa, bezwład mięśni pęcherza moczowego, bezsenność, rozdrażnienie nerwowe i niepokój, trzęsienie rąk, drgawki w mięśniach, utrudniona mowa i t. d. Objawy te znacznie się chwilowo zmniejszają po każdym użyciu morfiny, co chorych zachęca do nalógowego używania tego środka. Ile razy chory taki dostał się pod opiekę dra L. w wspomnianym domu zdrowia i przestał używać morfiny, natychmiast zjawiał się cały szereg nowych zbroczeń: przedewszystkiem następowało rozwolnienie, później znużenie, pogębnienie, drgawki w mięśniach, wymioty, złudzenia wzrokowe. Objawy te tak stale dawały się spostrzegać, że jeżeli który z jego chorych takowych nie przedstawiał, to służyło to L. za najlepszy dowód, że chory potajemnie używał morfiny. Dr. L. bardzo wiele miał takich chorych, a cierpienie to tak jest ciężkiem, iż ledwo 25% doszczętnie zostało wyleczonych. Dwóch takich chorych umarło z wycieńczenia, dwóch życie sobie odebrało, pięciu skończyło na pijaństwie. Powroty choroby bywają częste. Leczenie tych zaburzeń może się odbywać tylko w szpitalu, przy pomocy dobrych i sumiennych posługaczy. Nawet cho'rzy, którzy dobrowolnie poddają się leczeniu, starają się całemi siłami oszukać lekarza i ciągle zażywają morfinę, która chwilową ulgę w ich cierpieniach przynosi. W takich razach nie trzeba najmniejszej wiary do zapewnień chorych przywiązywać, tylko mocza poddać rozbiorowi i przekonać się, czy nie zawiera on w sobie morfiny. Przypadłości te najczęściej dr. L. spostrzegł u ludzi, którym lekarze zalecali, żeby sobie sami morfinę podskórnie

wstrzykiwali; ostrzeża on, skutkiem tego, kolegów, żeby tej małej operacyi nigdy chorym nie powierzali. Leczenie rozpocząć należy od bezwarunkowego odstawienia morfiny, gdyby jednak cierpienia skutkiem tego wynikłe, tak były znacznemi, że zagrażałyby życiu, należy wyjątkowym sposobem małą dawkę morfiny podskórnie zastrzyknąć. Chloral, liq. amonii amiaty, kąpiele ciepłe, wino, oto środki mniej więcej skuteczne przeciwko tym cierpieniom.

(„*Berliner klin. Wochenschrift.*” N. 6—1877).

**Pieniądze, jako przenośnik zarazy ospy.** Józef EATON z Liverpool donosi, że leczył na ospę farmera, zamieszkałego w miejscu o 15 mil. ang. odległym od miasta, w którym panowała silna ospa; ponieważ nikt przed nim w miejscu jego zamieszkania na tę chorobę nie cierpiał, badał chorego E. czy nie miał on z owym miastem jakich stosunków. Chory zeznał, że na 15 dni przed zachorowaniem wysłał tam bydło, które też zostało sprzedane i pieniądze za nie mu przysłano. Ponieważ żadnych innych stosunków z tą miejscowością nie było E. skłonny jest przypuścić, że właśnie pieniądze były przenośnikiem zarazy. Wkrótce potem E. był wezwany do dziecka dotkniętego zlewającą się ospą; matka trzymała na łonie chore dziecko, a w rękę przez czas porady lekarskiej trzymała pieniądze, które jako wynagrodzenie mu dała; pieniądze te według zdania EATONA niezawodnie okryte były zarazą, która tak samo do niego jak do wszystkich sklepów i kupców, z kąd żywność dla tego domu zakupywano, roznoszoną być musiała.

(*British medical Journal*—January 13 1877.) G. F.

## Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Wyciąg z wykazu tygodniowego ruchu ludności miasta Warszawy i innych miast za 11-ty tydzień (od 11 do 17 Marca) 1877 r. <sup>1)</sup>

Urodziło się dzieci żywych 145 (przeciętnie rocznie 24.<sub>13</sub> na 1000 ludności—liczba wyjątkowo niska).

Urodziło się dzieci nieżywych 4 (2.<sub>8</sub> na 100 urodzeń).

Z dzieci żywo urodzonych było 120 prawych, a 25 nieprawych (17.<sub>2</sub> na 100 urodzeń w ogólności).

Z dzieci żywo urodzonych było 78 chłopców i 67 dziewcząt (jak 116.<sub>7</sub> do 100).

Umarło osób 134 (przeciętna liczba roczna z tej liczby wypadająca jest 23.<sub>22</sub> na 1000 ludności). Znowu więc wykazy policji warszawskiej przedstawiają śmiertelność Warszawy w wyjątkowo pomyślnem świetle. Liczba śmiertelności 23 na 1000 rocznie jest, jak wiadomo, granicą największą, tak zwanej śmiertelności prawidłowej. W tygodniu więc 11-tym roku bieżącego, Warszawa, według wykazów policji, prawie nie przekroczyła tej granicy i stanęła na równi z najzdrowszymi urzędzonymi miastami angielskimi.

Przeciętna roczna liczba śmiertelności z tegoż tygodnia w innych miastach była:

W Królewcu 36. <sub>3</sub>	W Berlinie 24. <sub>1</sub>	W Bukareszcie 27. <sub>3</sub>
„ Gdańsku 30. <sub>6</sub>	„ Lipsku 19. <sub>2</sub>	„ Paryżu 29. <sub>5</sub>
„ Wrocławiu 32. <sub>2</sub>	„ Hamburgu 29. <sub>3</sub>	„ Londynie 26. <sub>6</sub>
„ Monachium 34. <sub>1</sub>	„ Bremie 32. <sub>7</sub>	„ Glasgowie 32. <sub>0</sub>
„ Stuttgarcie 25. <sub>3</sub>	„ Kolonii 29. <sub>5</sub>	„ Liverpoolu 30. <sub>8</sub>
„ Dreźnie 21. <sub>1</sub>	„ Wiedniu 35. <sub>2</sub>	„ Manchesterze 35. <sub>2</sub>
Średnia we wszystkich miastach niemieckich 29. <sub>4</sub> .		

Jakże w obec tych liczb świetnie wygląda liczba warszawska (23.<sub>22</sub>), którą tylko Dreźnie i Lipsk znane oddawna ze swych stosunkowo pomyślnych warunków zdrowotnych wyprzedzają. Ponieważ jednak Dreźnie ma 200 a Lipsk tylko 135 tysięcy mieszkańców, zatem z wykazów policji warszawskiej dowiadujemy się, że w tym ty-

<sup>1)</sup> Odpowiednie wykazy z tego tygodnia z miast zagranicznych, którymi się posługujemy przy zwykłym opracowaniu wyciągów, doszły nas już po złamaniu Nru poprzedniego i dla tego w ubiegłym tygodniu podać wyciągu tego nie mogliśmy. (Red.).

godniu z pomiędzy miast środkowej Europy, liczących więcej nad 200000 mieszkańców, żadne nie miało tak niskiej śmiertelności jak Warszawa!

Średni stosunek śmiertelności dzieci od 0 do 5 lat w miastach niemieckich wynosił 50.<sub>1</sub>.

Umarło dzieci od 0 do 1 roku: prawych 22, nieprawych 19, razem 41 (30.<sub>6</sub> ze 100 ogółem zmarłych). Średni stosunek śmiertelności dzieci od 0 do 1 roku w miastach niemieckich wynosił 33.<sub>0</sub> zgonów niemowląt na 100 zgonów w ogólności; w Wrocławiu stosunek ten wynosił 23, w Monachium 46.<sub>7</sub>, w Berlinie 34.<sub>1</sub>. Stosunek więc warszawski według wykazów obliczony, byłby bardzo pomyślnym (30.<sub>6</sub>).

Umarło dzieci od 1 do 5 lat razem 33 (prawych 32, nieprawych 1).

Umarło dzieci od 0 do 5 lat razem 74 (55.<sub>2</sub> na 100 ogółem zmarłych). Stosunek ten przedstawia się się ciągle bardzo niepomyślnie. Zestawiwszy obliczoną tu liczbę z taką, wyjątkowo niską, liczbą tygodnia poprzedniego, wypadnie nam zawsze bardzo wysoka liczba 48.<sub>2</sub> zgonów dziecięcych na 100 zgonów w ogóle; a zestawiając także liczby z 5-ciu tygodni ostatnich (po 17 Marca) wypadnie niemniej niepomyślny stosunek 49.<sub>16</sub>, to jest, że prawie połowa zgonów w mieście przypada na dzieci do lat 5-ciu.

Z przyczyn niewiadomych umarło osób 18 (13.<sub>4</sub> na 100 zgonów w ogólności).

Z chorób zakaźnych umarło osób 16 (prawie 12%<sub>0</sub> wszystkich zmarłych).

Przyczyny śmierci podane w wykazach:

*Scarlatina* 3.

*Typhus* 4 (prawie 3%<sub>0</sub> ogółu zmarłych).

*Diphtheritis et croup* 3.

*Pertussis* 2.

*Diarhoea aestiva (?) infant.* 1.

*Morbi puerperales* 1.

*Mors accidentalis* 1.

*Apoplezia cerebri* 2.

*Bronchitis et pneumonia* 18.

*Phthisis pulmonum* 28 (razem te dwie ostatnie grupy 46; to jest prawie tak samo jak w poprzednich 4-ch tygodniach).

*Catarrhus intest.* 14.

*Marasmus* 8.

Inne przyczyny 25.

Z chorób zakaźnych w miastach zagranicznych zasługiwali w tym tygodniu na uwagę: gorączka durzycowa w Toruniu, durzycowa petociowa w Hucie Królewskiej i w Bytomiu (Górny Śląsk), gorączka durzycowa w Wiedniu (wzmaga się), ospa w Londynie (wzmaga się—tygodniowa liczba leczonych w szpitalach 952). Według wiadomości podanych na posiedzeniu międzynarodowej rady zdrowotnej w Konstantynopolu (13 Marca r. b.) morowa zaraza (*pestis*) w Mezopotamii się wzmaga.

Za tydzień 12-ty (od 18 do 24 Marca) 1877 r. 1).

Urodziło się dzieci żywych 172 (w stosunku rocznym 29.<sub>51</sub> na 1000 ludności). W ciągu 4-ch tygodni ostatnich (od 25 Lutego do 24 Marca) urodziło się dzieci żywych 653, t. j. w stosunku rocznym 28.<sub>29</sub> na 1000 ludności. Wyjątkowo to niska liczba urodzeń w mieście tej ludności co Warszawa, i tembardziej uderzająca, iż w poprzednim okresie 4-tygodniowym (od 28 Stycznia do 24 Lutego) według wykazów policji warszawskiej urodziło się dzieci żywych 924, t. j. w stosunku rocznym 40.<sub>04</sub> na 1000 ludności. Gdzie leży źródło tego niezawodnie wyjątkowego wahanía, powiedzieć nie możemy. Z tablic objętych wykazami, obliczyliśmy liczbę urodzeń chrześcijańskich i żydowskich. Z obliczenia tego wypada, że w dwóch 4-tygodniowych okresach, o których tu mowa, urodziło się dzieci żywych:

	Chrześcijań	Żydów.
W okresie 1-szym . . .	621	303
„ „ 2-gim . . .	416	237

W obu więc wyznaniach spotykamy wyjątkowo znaczne zmniejszenie się liczby urodzeń.

1) Liczby przeciętne, zestawienia i porównania, nie pochodzą z wykazów, a są wszystkie bez wyjątku przez nas dokonane.

Urodziło się dzieci nieżywych 8 (4.<sub>6</sub> na 100 urodzeń).

Z dzieci żywo urodzonych było: 156 prawych a 16 nieprawych (9.<sub>3</sub> nieprawych na 100 żywo urodzonych).

Z dzieci żywo urodzonych było 93 chłopców a 79 dziewcząt (jak 117.<sub>7</sub> do 100).

Umarło osób 191 (w stosunku rocznym 33.<sub>10</sub> na 1000 ludności). Od czasu ogłaszania wykazów, pierwszy raz śmiertelność tygodniowa jest tak wysoko oznaczoną. Śmiertelność jednak średnia w ciągu ostatnich czterech tygodni (od 25 Lutego do 24 Marca), wyrażona w stosunku rocznym wynosiła tylko 27.<sub>01</sub>, a w okresie 4-tygodniowym poprzednim (od 28 Stycznia do 24 Lutego) mniej jeszcze, bo tylko 24.<sub>83</sub> na 1000 ludności. Obie te liczby są niższe od odpowiednich liczb przeciętnych średnich, pochodzących z obliczenia śmiertelności kilkudziesięciu większych i mniejszych miast środkowej Europy, z tychże samych okresów czasu. Co się tyczy tygodnia 12-go, to według buletynów statystycznych umarło w ciągu niego w innych miastach (w stosunku rocznym na 1000 ludności):

W Królewcu 31. <sub>6</sub>	W Berlinie 26. <sub>3</sub>	W Bukareszcie 33. <sub>8</sub>
„ Gdańsku 28. <sub>1</sub>	„ Lipsku 21. <sub>1</sub>	„ Paryżu 30. <sub>7</sub>
„ Wrocławiu 33. <sub>3</sub>	„ Hamburgu 26. <sub>6</sub>	„ Londynie 26. <sub>6</sub>
„ Monachium 33. <sub>1</sub>	„ Bremie 24. <sub>4</sub>	„ Glasgowie 37. <sub>2</sub>
„ Stuttgartzie 19. <sub>3</sub>	„ Kolonii 25. <sub>3</sub>	„ Liverpoolu 30. <sub>6</sub>
„ Dreźnie 33. <sub>4</sub>	„ Wiedniu 35. <sub>8</sub>	„ Manchesterze 31. <sub>3</sub>
Średnia we wszystkich miastach niemieckich 28. <sub>5</sub>		

Umarło dzieci od 0 do 1 roku 35 prawych, 47 nieprawych, razem 82 (42.<sub>8</sub> ze 100 ogółem zmarłych). Zatem prawie połowa zmarłych w tym tygodniu składała się z niemowląt. Stosunek to zatracający, a według dotychczasowych wykazów w Warszawie w tym roku bynajmniej nie zwyczajny. I tak: w tygodniu przeszłym (11-tym) ze 100 zmarłych w ogóle, było tylko 30.<sub>5</sub>, w tygodniu zaprzyszłym (10-tym) tylko 26.<sub>6</sub> niemowląt. W dwóch okresach 4-tygodniowych, które już wyżej porównywaliśmy, umarło niemowląt mniej niż rok życia mających:

w okresie 1-szym 31.<sub>4</sub> ze 100 w ogóle zmarłych,  
 „ „ 2-gim 36.<sub>05</sub> „

Podwyższenie śmiertelności niemowląt w okresie drugim (od 25 Lutego do 24 Marca) zależy wyłącznie od wysokiej liczby ostatniego tygodnia (12-go), o którą nam tu właśnie chodzi. Średnia liczba przeciętna obliczona z wykazów wszystkich miast niemieckich za ten tydzień wynosi 33.<sub>3</sub> zgonów niemowląt ze 100 zgonów w ogólności, zatem jest znacznie niższą od warszawskiej. Szukając w wykazach warszawskich wskazówek do wykrycia rodzaju tej podwyżki w śmiertelności niemowląt, zdaje nam się, żeśmy ją znaleźli w znacznym a nagle podwyższeniu się śmiertelności podrzutek („szpitale” w wykazach). Od czasu ogłaszania w wykazach liczby zmarłych podrzutek (od wykazu Nr. 4, t. j. od 4 Lutego) przez ciąg 8-miu tygodni liczba zmarłych tej kategorii wynosiła tygodniowo 20 do 34, średnio zaś 26.<sub>5</sub> (tygodniowo); tymczasem w tygodniu 12-tym podkakuje ona do 47. Ponieważ zaś z tablicy wyszczególniającej przyczyny śmierci w tym tygodniu, widzimy, że z owej liczby 47 zmarłych, podrzutek większa połowa, bo aż 25, padło ofiarą choroby oznaczonej nazwą „*diarrhoea acutiva infantum*,” która w ciągu poprzednich 8-miu tygodni w całym mieście tylko 8 osób zabić miała i która tak w tym tygodniu jak i od początku roku, wyłącznie w grupie podrzutek była notowana; zatem oczywiście podwyżka śmiertelności niemowląt w tygodniu 12-tym r. b. pochodzi z gromadnego (epidemicznego?) wystąpienia wyżej wspomnianej choroby wśród podrzutek w zakładach szpitalnych utrzymywanych.

Umarło dzieci od 1 roku do 5 lat prawych 26, nieprawych 2, razem 28.

Umarło dzieci od 0 do 5 lat razem 110 (57.<sub>6</sub> ze 100 ogółem zmarłych). Stosunek to przerażająco-niepomyślny. Dzieci do lat 5 stanowią większą połowę wszystkich zmarłych. W tymże tygodniu stosunek odpowiedni w kilkudziesięciu mia-

stach Europy środkowej, był także niepomysłnym, ale zawsze mniej strasznym, aniżeli w Warszawie, bo wynosił tylko (średnio) 47,9 zgonów dziecięcych ze 100 ogółem zmarłych.

Z przyczyn niewiadomych umarło osób 16 (8,3 na 100 zgonów w ogólności). Stosunek zmarłych z przyczyn niewiadomych obliczony według wykazów w dwóch wyżej wzmiankowanych okresach 4-tygodniowych był:

w okresie 1-szym (tydzień 5 do 8) 13 na 100 zgonów w ogóle

„ „ 2-gim (tydzień 9 do 12) 15 „ „

Poprawy zatem istotnej tu nie dostrzegamy.

Przyczyny śmierci podane w wykazach:

*Variola* 1. *Morbilli* 1. *Scarlatina* 6. *Typhus* 7 (znaczone podwyższenie, gdyż w tygodniu 10-tym zmarło osób 3, a w 11-tym 4; jednak nie oznacza to spotęgowania epidemii durzycy, gdyż zgony w tej chorobie przypadają zwykle na 3-ci tydzień od jej rozpoczęcia się; zatem wzmożenie się epidemii, zwiększenie się liczby chorych na durzycę, mogło nastąpić w tygodniu 9-ym i 10-ym). *Diphtheritis et croup* 3. *Pertussis* 3.

***Diarrhoea aestiva infantum* 25** (w s z y s t k i e przypadki dotyczą podzrutek).

Zkąd redakcyjna wykazów zaczerpnięta podana tu nazwę do swego podziału „chorób pomorkowych, epidemicznych i zakaźnych” nie wiemy. W najlepszej i najnowszej klasyfikacji używanej w buletynach statystycznych przez urząd zdrowia cesarstwa niemieckiego, wcale owej „letniej” choroby nie spotykamy. W klasyfikacji statystyki lekarskiej Wiednia, również jej niema. Że o d r ę b n a p o s t a ć c h o r o b o w a, na powyższą nazwę zasługująca, nie istnieje, o tem my lekarze dobrze wiemy. Ale i redakcyjna wykazów warszawskich tylko w kłopot przez tę chorobę widocznie wprowadzana była. W swej bowiem klasyfikacji, w dziale „chorób częściej się wydarzających,” posiada tytuł osobny pod nazwą: „*Catarrhus intestinalis*.” Otóż według wykazów warszawskich sądząc, dwie te o d r ę b n e (?) postaci chorobne bezwarunkowo się nawzajem wykluczają, przynajmniej w pewnej klasie ludności, mianowicie wśród podzrutek, jak o tem następujący szereg liczb przekonywa;

w 6 tygodniu zmarło podzrutek na *diarrhoea aestiva* — na *catarrhus intestinalis* 15

„ 7 „ „ „ „ „ „ — „ „ „ 9

„ 8 „ „ „ „ „ „ „ — „ „ „ 9

„ 9 „ „ „ „ „ „ „ 8 „ „ „ —

„ 10 „ „ „ „ „ „ „ — „ „ „ 13

„ 11 „ „ „ „ „ „ „ — „ „ „ 10

„ 12 „ „ „ „ „ „ „ 25 „ „ „ —

„ 13 „ „ „ „ „ „ „ — „ „ „ 24

Nie potrzeba się długo zastanawiać, by z tego zestawienia przyjsć do wniosku, iż układ tablicy wyszczególniającej przyczyny śmierci w wykazach warszawskich albo jest nieogólnym, albo dowolnym, w każdym razie naukowo nieużytecznym.

Pod względem samej klasyfikacji chorób w wykazach warszawskich, a w szczególności pierwszego ich działu (chorób zakaźnych) mamy głównie do zarzucenia: 1) nieodróżnianie gorączki durzycowej od durzycy wysypkowej; 2) niepotrzebny i niewłaściwy tytuł *diarrhoeae aestivae*; 3) brak tytułu „inne choroby zakaźne,” a wreszcie brak tytułu *syphilis* z odróżnieniem przyrodzonego przymiotu (podzrutki szpitala św. Łazarza!) od nabytego.

Wracamy do wykazu za tydzień 12-ty:

*Dysenteria* 2. *Morbi puerperales* 1.

Zgonów z chorób zakaźnych w ogóle 49 (25,6 ze 100 w ogóle zmarłych); stosunek wyjątkowo niepomysłny. Z 2-ech okresów 4-tygodniowych:

w okresie 1-szym (tydzień 5 do 8) zmarło z chorób zakaźnych 13 ze 100 zmarłych

„ „ 2-gim (tydzień 9 do 12) „ „ „ 16 „ „ „

*Apoplexia cerebri* 1. *Bronchitis et pneumonia* 32. *Phthisis pulmonum* 30. *Rheumatismus muscul. et artic.* 1. *Catarrhus intestinalis* 2. *Nephritis* 4. *Marasmus* 3. *Carcinoma* 5. Inne przyczyny śmierci 48.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyjna Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.